

Значимых различий в показателях эффективности между изученными медикаментозными схемами прерывания неразвивающейся беременности не выявлено. Сочетанное применение антигестагена (200 мкг) и простагландина (200-600 мкг) более эффективно при раннем выявлении замершей беременности (до 2-х недель задержка плодного яйца в матке).

Выводы.

Результаты проведенного исследования показали, что неэффективность медикаментозного опорожнения матки при неразвивающейся беременности зависит от возраста пациентки, акушерско-гинекологического анамнеза, продолжительности пребывания замершего плодного яйца в полости матки, срока гестации и практически не зависит от схемы медикаментозного воздействия:

- завершение неразвивающейся беременности с использованием антигестагена и простагландина эффективно в 84,7% случаев;

- медикаментозный метод был менее эффективен (в 1,6 раза) в старшей по возрасту группе (старше 30 лет) пациенток с НБ;

- чем раньше выявлена неразвивающаяся беременность, тем эффективнее медикаментозный метод опорожнения полости матки (при задержке до 2-х недель эффективность метода составила 89,6%, до 3-4 недель – в 81%, а при 5-6 неделях задержки - 75%);

- наиболее эффективен метод медикаментозного прерывания при первой неразвивающейся беременности и составляет 93,8%, у пациенток, имевших роды в анамнезе, этот показатель составляет 89,3%.

Литература:

1. Акушерство : нац. рук. / под ред. Г. М. Савельевой [и др.]. – М. : ГЭОТАР-Медиа, 2015. – 1088 с.

2. Клинические рекомендации: Выкидыш в ранние сроки беременности: диагностика, тактика ведения. – М., 2016.

3. Медицинское наблюдение и оказание медицинской помощи женщинам в акушерстве и гинекологии: клинический протокол / М-во здравоохранения Респ. Беларусь. – Минск : Проф. Изд., 2018. – 208 с.

4. Неразвивающаяся беременность // Методические рекомендации междисциплинарной ассоциации специалистов репродуктивной медицины. – М. : StatusPraesens, 2015. – 48 с.

УДК 616.248-053.2:534.29

ДИНАМИКА ФЕНОТИПА БАЗОФИЛОВ ПОСЛЕ УЛЬТРАЗВУКОВОЙ ТЕРАПИИ У ДЕТЕЙ С БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМОЙ

Асирян Е.Г., Видерман О.Н., Матющенко О.В.

УО «Витебский государственный медицинский университет»

Введение. Известно, что ультразвук оказывает влияние на многие системы организма, в том числе на систему иммунитета. Этот физический фактор способен стимулировать или угнетать иммунный ответ. В качестве средства иммуностимуляции ультразвуковое воздействие используется чаще [1]. Иммуномодулирующий эффект этого физического фактора зависит от места, интенсивности, продолжительности воздействия, что подтверждается рядом экспериментальных исследований и клинических наблюдений [2]. Гранулы базофилов содержат большое количество медиаторов аллергии, которые выделяются при дегрануляции, возникающей после взаимодействия связанного базофилом антитела класса IgE с соответствующим аллергеном [1]. Известно, что дегрануляция базофилов сопровождается появлением активационных молекул – CD203c и CD63 [3, 4].

Цель Изучение динамики показателей фенотипа базофилов у детей с бронхиальной астмой после применения ультразвуковой терапии одновременно с базисным лечением.

Материал и методы. Обследовано 60 детей с бронхиальной астмой в возрасте от 6 до 18 лет: группа А (28 детей) получала ультразвуковую терапию одновременно с базисным лечением,

группа В (32 ребенка) получала базисную терапию. Изучали уровень CD203c⁺, CD203c⁺CD63⁺, CD203c⁺IgE⁺ базофилов исходно и на 12-15 день от начала лечения. На область селезенки проводят воздействие ультразвуком в импульсном режиме с частотой 880 кГц (1000 кГц), при интенсивности 0,2 Вт/см². Общая продолжительность воздействия первые 2 процедуры – 2 минуты, затем с 3-й по 5-ю процедуру – 4 минуты. Процедуры проводят через день, через 1-2 часа после еды, общее количество процедур на курс лечения – 5-6 (инструкция по применению МЗ РБ № 008-0118 от 16.03.2018г.).

Результаты исследования. Уровень CD203c⁺ базофилов в группе А составил 3,00 кл/мкл [2,00; 4,00], при этом через 12-15 дней показатель статистически значимо отличался от исходного уровня и составил 2,00 кл/мкл [2,00; 3,00] ($p_{A1-3abc} < 0,05$). В группе В показатель не имел достоверной динамики, равен 4,00 кл/мкл [3,00; 5,00] и 5,00 кл/мкл [3,00; 6,00] при первом и втором определении. Установлено, что уровень CD203c⁺ базофилов достоверно выше через 12-15 дней в группе В ($p_{A2-B2abc} < 0,01$). Относительный уровень CD203c⁺CD63⁺ базофилов в группе А равен 68,10% [56,60; 75,00], при повторном определении через 12-15 дней показатель снижался до 44,70% [27,00; 69,20] ($p_{A1-2отн} < 0,01$). В группе В уровень этих клеток был 66,70% [52,80; 74,60], через 12-15 дней установлено увеличение до 81,80% [58,30; 89,50]. Достоверные отличия выявлены между уровнем CD203c⁺CD63⁺ базофилов через 12-15 дней от начала исследования ($p_{A2-B2отн} < 0,01$). Абсолютный уровень CD203c⁺CD63⁺ базофилов в группе А равен 2,26 кл/мкл [1,43; 2,81], через 12-15 дней установлено статистически значимое снижение этих клеток до 0,87 кл/мкл [0,68; 1,40]. В группе В статистически значимой динамики этого показателя не зафиксировано, его уровень составил перед началом исследования 2,24 кл/мкл [1,67; 2,70] и 2,89 кл/мкл [1,68; 4,82] через 12-15 дней от начала исследования. Статистически значимые отличия выявлены между этими показателями в группе А и В через 12-15 дней от начала исследования ($p_{A2-B2abc} < 0,001$).

Относительный уровень CD203c⁺IgE⁺ базофилов в группе А составил до начала лечения 38,55% [26,70; 54,60], через 12-15 дней зафиксировано статистически значимое снижение этих клеток до 26,25% [14,70; 40,50] ($p_{1-2отн} < 0,05$). В группе В статистически значимой динамики этого показателя не зафиксировано, его уровень составил перед началом исследования 39,50% [22,50; 47,70] и 31,60% [24,50; 46,30] через 12-15 дней от начала исследования. Абсолютный уровень CD203c⁺IgE⁺ базофилов в группе А равен до начала лечения 1,23 кл/мкл [0,75; 1,73], через 12-15 дней зафиксировано статистически значимое снижение этих клеток до 0,41 кл/мкл [0,28; 0,86] ($p_{1-2abc} < 0,001$). В группе В статистически значимой динамики этого показателя не установлено, его уровень составил перед началом исследования 1,58 кл/мкл [0,69; 2,03] и 1,58 кл/мкл [0,92; 2,21] через 12-15 дней от начала исследования. Статистически значимые отличия выявлены между этими показателями в группе А и В через 12-15 дней от начала исследования ($p_{A2-B2abc} < 0,001$) (таблица 1).

Таблица 1 – Динамика показателей фенотипа базофилов у детей с АБА после ультразвуковой терапии (Me [25%; 75%])

Показатель, единицы измерения	Группа А (n=28)		Группа В (n=32)		Достоверность отличий между группами
	До лечения (1)	12-15 день (2)	До лечения (1)	12-15 день (2)	
CD203c ⁺ , базофилы, кл/мкл	3,00 [2,00; 4,00]	2,00 [2,00; 3,00]	4,00 [3,00; 5,00]	5,00 [3,00; 6,00]	$p_{F1-2abc} < 0,05$; $p_{F2-B2abc} < 0,01$
CD203c ⁺ CD63 ⁺ , % от CD203c ⁺ базофилов	68,10 [56,60; 75,00]	44,70 [27,00; 69,20]	66,70 [52,80; 74,60]	81,80 [58,30; 89,50]	$p_{F1-2отн} < 0,01$; $p_{F2-B2отн} < 0,01$
CD203c ⁺ CD63 ⁺ , кл/мкл	2,26 [1,43; 2,81]	0,87 [0,68; 1,40]	2,24 [1,67; 2,70]	2,89 [1,68; 4,82]	$p_{F1-2abc} < 0,01$; $p_{F2-B2abc} < 0,001$
CD203c ⁺ IgE ⁺ , % от CD203c ⁺	38,55 [26,70; 54,60]	26,25 [14,70; 40,50]	39,50 [22,50; 47,70]	31,60 [24,50; 46,30]	$p_{F1-2отн} < 0,05$

базофилов					
CD203c ⁺ IgE ⁺ , кл/мкл	1,23 [0,75; 1,73]	0,41 [0,28; 0,86]	1,58 [0,69; 2,03]	1,58 [0,92; 2,21]	p _{F1-2abc} < 0,001; p _{F2-B2abc} < 0,001

Выводы. Одновременное применение ультразвука с базисной терапией способствует нормализации показателей базофилов, приводит к снижению уровня CD203c⁺, CD203c⁺CD63⁺, CD203c⁺IgE⁺ базофилов.

Литература:

1. Новиков, Д.К. Клиническая иммунопатология: руководство / Д.К. Новиков, П.Д. Новиков. – М. : Мед. лит., 2009. – 464 с.
2. Улащик, В.С. Иммунокоррекция: использование лечебных физических факторов / В.С. Улащик // Здоровоохранение. – 2017. – № 3. – С. 9-17.
3. Biomarkers for evaluation of mast cell and basophil activation / K. Kabashima [et al.] // Immunol Rev. – 2018. – Vol. 282 (1). – P. 114-120.
4. EAACI taskforce position paper: evidence for autoimmune urticaria and proposal for defining diagnostic criteria / G. N. Konstantinou [et al.] // Allergy. – 2013. – Vol. 68. – P. 27-36.

УДК 616.831-005.1-053.2-07-08

СОВРЕМЕННЫЕ ПРИНЦИПЫ ДИАГНОСТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ АРТЕРИАЛЬНОГО ИШЕМИЧЕСКОГО ИНСУЛЬТА У ДЕТЕЙ

Баркун Г.К., Лысенко И.М., Журавлева Л.Н., Потапова В.Е.

УО «Витебский государственный медицинский университет»

Введение. Заболеваемость инсультом достигает 3 случаев на 100 тыс. детей в год, причем 40% из них – дети в возрасте до 5 лет; более половины детей после инсульта имеют стойкие двигательные и когнитивные нарушения, а в 20% случаев возникают повторные инсульты [1]. Согласно данным УЗ «Витебский детский областной клинический центр» частота инсульта у детей составляет 3-5 случаев в год. Этиологические факторы заболевания многообразны, в то же время основными являются протромботические состояния гемостаза, васкулопатии, заболевания сердца, инфекции и травмы. Заболеваемость детским ишемическим инсультом, по данным исследований с 1999 по 2005 гг. (включая данные Канадского педиатрического регистра инсульта), составляет 0,79-2,7 на 100 тыс. в год [1-3]. Инсульт в детском возрасте имеет два типа: 1-й – возникший в сроки от 28-й недели гестации по 30-й день жизни (перинатальный); 2-й – от 1-го месяца жизни до 18 лет [3]. Согласно обобщенным данным [1-3], 10-15% пациентов погибают в течение острого периода ишемического инсульта, около 60-70% пациентов, перенесших церебральный инфаркт, имеют стойкий неврологический дефицит, утрачивают работоспособность и нуждаются в посторонней помощи и повседневном уходе [3]. Около 40-45% всех случаев инсульта приходится на возраст до 5 лет, что негативно отражается на дальнейшем психическом и физическом развитии больных [2]. Средний риск развития повторного ишемического инсульта составляет 25%, что определяет актуальность вторичной профилактики данного заболевания. Проблема ишемического инсульта у детей представляется актуальной из-за высокого уровня их инвалидизации и смертности.

Цель работы. Анализ диагностики и лечения артериального ишемического инсульта у детей УЗ «Витебский детский областной клинический центр».

Материал и методы. Исследование выполнялось на базе отделения реанимации УЗ «Витебский детский областной клинический центр». Был проведен ретроспективный анализ историй болезни и амбулаторных карт детей с инсультом за период 2016-2020 годы. Клиническое обследование у всех больных включало сбор анамнеза, общеклинический и неврологический осмотр. Для нейровизуализационной верификации инсульта в остром периоде 11 пациентам была выполнена компьютерная томография (КТ) головного мозга, 2 пациентам – магнитно-резонансная томография (МРТ) головного мозга в ангиографическом режиме.